NOWINY PSYCHJATRYCZNE

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY SPRAWOM PSYCHJATRYCZNYM NAUKOWYM I PRAKTYCZNYM

ORGAN ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH POLSKI ZACHODNIEJ
DZIEKANKA - KOCBORÓW - KOCHANÓWKA - KOŚCIAN - LUBLINIEC - OWIŃSKA
RYBNIK - ŚWIECIE

ZAŁOŻYŁ: ALEKSANDER PIOTROWSKI

ROCZNIK I — 1924

REDAKTOR NACZELNY:
ALEKSANDER PIOTROWSKI

ZASTĘPCA REDAKTORA:
OSKAR BIELAWSKI

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
GNIEZNO-DZIEKANKA, KRAJOWY ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY

CZCIONKAMI DRUKARNI „LECH" T. A. W GNIEŹNIE

Rok I. Styczeń 1924. Nr. 1.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

Miesięcznik, wychodzi przy poparciu finansowem Starostwa Krajowego w Poznaniu.

Redaktor naczelny: **Aleksander Piotrowski**. Zastępca redaktora: **Dr. Osk. Bielawski**, **Dziekanka**, Krajowy Zakład Psychjatryczny.

Prace oryginalne.

Z Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka. (Dyrektor dr. med., dr. fil. Al. Piotrowski).

Uwagi do terminu „otępienie" z wyszczególnieniem terminu „dementia praecox".

Wygłosił

Aleksander Piotrowski

na III Zjeździe Psychjatrów Polskich w Wilnie w dniach 4, 5, 6 czerwca 1922 r.

Od lat wielu narzekamy na zamieszanie panujące w mianownictwie psychjatrycznem, na brak precyzji w wyrażeniach i w myśleniu, na błędną terminologję. Spotykamy te same skargi także u innych narodów. Trudności nie tkwią w samych wyrazach, a raczej w niejasnych pojęciach. Gdyby te były ustalone i ogólnie przyjęte, wtenczas i terminologja byłaby wyraźniejsza.

W mianownictwie psychjatrycznem terminy bywają niekiedy niestosownie używane. Na wyszczególnienie w tym względzie zasługuje m. i. wyraz „otępienie" oznaczający to samo, co w niemieckiem wyraz „Verblödung" — dementia. W dawniejszem piśmiennictwie na zachodzie znajdujemy obok Verblödung. — Blödsinn, obok dementia — stupiditas, anoia, incohérence, fatuity.

E s q u i r o l definjował demencję jako przewlekłą, bezgorączkową chorobę mózgu, której charakterystyczną cechą było osłabienie władz duchowych.

Później widziano w otępieniu nie chorobę lecz zespół objawów psychopatologicznych wyrażających zachorzenie mózgu.

Otępieniem nazywano także idjotyzm, t. j. słabość umysłu powodowaną chorobą mózgu w okresie życia śródmacicznym albo w okresie niemowlęctwa wzgl. wskutek zahamowania rozwoju. Były to przypadki, które nie dochodziły do zupełnego rozwoju psychicznego.

Pod względem nasilenia rozróżniano trzy stopnie otępienia: 1. słabość umysłu, 2. otępienie czynne, — dementia agitata (Verwirrtheit, allgemeine Verrücktheit Griesingera), 3. otępienie apatyczne.

W s ł a b o ś c i u m y s ł u objawy chorobowe były zaznaczone. Chory nie był samodzielnym i nie mógł zarabiać na siebie; pod odpowiedniem kierownictwem jednakże mógł się zajmować różnemi prostemi robotami.

Główną cechę otępienia czynnego stanowił niepokój ruchowy, dezorjentacja, omamy, urojenia, czyny opaczne.

W otępieniu apatycznem życie duchowe zredukowane było do minimum, albo zanik jego był zupełny.

Chory mógł przejść przez wszystkie trzy stopnie otępienia, przez słabość umysłu, przez otępienie czynne i skończyć na otępieniu apatycznem.

Otępieniem nazywano także idjotyzm, t. j. słabość umysłu wrodzoną, powodowaną chorobą mózgu w okresie płodowym albo w okresie niemowlęctwa wzgl. wskutek zahamowania rozwoju mózgu; przypadki te nie dochodziły do zupełnego rozwoju psychicznego.

Co do jakości rozróżniano dwa typy: otępienie czynnościowe i otępienie wskutek chorobowych organicznych zmian w mózgu.

Pewne zaburzenia psychiczne, objawiające się w ostrej postaci oznaczono jako otępienie ostre z pomyślnem rokowaniem.

Pinel nazywał takie przypadki idjotyzmem, Esquirol określał je jako démence aiguë, czyli otępienie ostre.

Niektórzy autorzy (np. Neumann) nie uznawali ostrego otępienia, inni określali tem mianem różne psychopatologiczne stany, dla których inni znowu potworzyli nowe określenia, t. np. Griesinger uznawał melancholję z otępieniem, Renaudin lypémanie stupide, Georget stupidité. W code pénal w art. 64 démence oznacza wogóle chorobę psychiczną.

Widzimy, że zamieszanie w mianownictwie psychjatrycznem jest starej daty, a wyraz „otępienie“ miał rozmaite znaczenia.

Ostre otępienie doznało starannego opracowania m. i. także przez Krafft-Ebinga pod nazwą: Die Stupidität oder primäre heilbare Dementia.

Rothe podaje, że choroba ta, którą przezwał otępieniem umysłowem pierwotnem uleczalnem, powstaje między 25 i 35 rokiem życia, „rozwija się stopniowo i powoli pod postacią coraz większej apatji i osłupienia, albo też bardzo szybko, prawie nagle i w przebiegu jej nie można zauważyć okresu takiego, któryby nam cechował zadumę, t. j. przygnębienie czy też rozdrażnienie, albo obłąkanie ogólne, tak że choroba od pierwszej chwili istnienia przedstawia się już jako otępienie umysłowe. Obłąkanie to dochodzi do tego stopnia, że cały świat zewnętrzny żadnego zgoła wrażenia na chorym nie wywołuje, ruchów dowolnych chory nawet z własnej pobudki nie wykonywa, nie je, nie pije, jeżeli pokarmy nie będą mu włożone do ust i wtedy nie połyka ich, jeżeli nie zostaną wsunięte głębiej aż do połyku“. Wyzdrowienie następuje po miesiącach.

Erlicki nazwał to cierpienie „ostrem otępieniem umysłu“, uznając je jako samodzielną formę kliniczną zboczeń psychicznych. Opisany przez niego obraz chorobowy podobny jest do wzoru podanego przez Rothego i przypomina katatonję.

Radziwiłłowicz omawiając w swojej „Psychjatrji Sądowej“ powyżej wspomnianą postać chorobową jako „Otępienie“, (dementia acuta curabilis) potrąca także o wyraz „otępienie wczesne“ jako ew. drugą nazwę cierpienia wzmiankowanego i wskazuje na złe rokowanie, jako jest implicite w takiem rozpoznaniu zawarte.

Obecnie używamy terminu „otępienie“ w trojakiem znaczeniu:

a) otępienie oznacza ubytek wzgl. zanik władz duchowych w chorobach psychicznych powstałych na tle zmian organicznych w mózgu, krótko mówiąc, w psychozach organicznych, b) wyrazem „otępienie“ określamy braki umysłowe w niedorozwoju psychicznem, c) otępienie jako „otępienie wczesne“ oznacza zaburzenia psychiczne zestawione w Kraepelinowskiej grupie „dementia praecox“.

Co jest pojęciem zasadniczem wyrazu „otępienie“?

(Ciąg dalszy nastąpi).

Krajowy Zakład psychjatryczny Dziekanka.

Posiedzenie kliniczne lekarzy Zakładu w dniu 17. listopada 1923.

Przewodniczący Dyr. Piotrowski.

O. Bielawski po omówieniu metod i techniki odczynu Biernackiego według Linzenmajera, Westergrenera i Starlingera, referuje dotychczasowe wyniki swych prac nad tym odczynem dokonanym metodą pierwszą na materjale klinicznym zakładu.

Ponieważ branie krwi u psychicznie chorych pacjentów, wskutek oporu, utrudnia często przestrzeganie zasady, by zatamowanie odpływu krwi żylnej nie trwało dłużej niż 15 sekund, zaleca ref., po przekłuciu żyły, przywrócić na parę minut prawidłowy bieg krwi i brać do probówki tę ostatnią dopiero niezwłocznie po nałożeniu węża po raz drugi.

Odczyn Biernackiego wykonano dotąd u 60 psychicznie chorych. Po uwzględnieniu wpływu na rezultat statystyczny fizjologicznych i znanych patologicznych czynników zwiększających, wzgl. zmniejszających sedymentację (jak menstruacja, okres trawienia, zastój krwi, małokrwistość, gruźlica otwarta, wady serca i t. p.), uderza jednak fakt wystąpienia objawu dodatniego we wszystkich przypadkach (20) katatonji. Cyfry najmniejsze są tu 5 — 11 — 5, (u kobiet), najwyższe 48 — 43 — 46 (u mężczyzn). W przypadkach schizofrenji (20), bez objawów katatonicznych, dodatni odczyn Biernackiego występował parę razy, był jednak słabym. Ref. nie widział sedymentacji przyspieszonej w psychozach manjakalno - depresywnych, natomiast dwaj parafrenicy wykazali silne zwolnienie jej sięgające do 20 godzin. U dwóch innych parafreników odczyn był w granicach normy. Ref., na zakończenie, wyraża nadzieję, że odczyn Biernackiego znajdzie swe zastosowanie wśród metod laboratoryjnych psychjatrji i, jeżeli nie będzie wskazywał na jedną z psychoz specjalnie, to przynajmniej ułatwi, może, odróżnianie psychoz o podkładzie organicznym od procesów funkcjonalnych.

Dyr. Piotrowski wyraził p. Bielawskiemu podziękowanie za interesujący referat i wspomniał o zasługach zmarłego w r. 1911 we Lwowie profesora Biernackiego, położonych na polu djagnostyki neurologicznej. Jemu zawdzięczamy znajomość faktu, że tabetycy często nie odczuwają na łokciu ucisku na nerw łokciowy. Objaw ten w piśmiennictwie znany jest pod nazwą „znak Biernackiego“.

Odczyn Biernackiego, zwany sedymentacją, ma swoje braki. Przyspieszone opadanie krwinek jest wprawdzie wskaźnikiem chorobowym tak jak podwyższenie ciepłoty, atoli podczas, gdy za pomocą termometru wskazującego podniesioną ciepłotę, rozpoznajemy sprawę zapalną w organiźmie i uwagę naszą kierujemy na pewną grupę zachorzeń cielesnych, to z dodatniego odczynu Biernackiego podobnych wniosków ściśle określonych jeszcze nie możemy wyciągnąć; rozpoznajemy tylko tyle, że w ustroju odgrywa się jakiś proces chorobowy, którego natury określić nie możemy. Odczyn Biernackiego czeka na udoskonalenie tak pod względem techniki jakoteż przedewszystkiem pod względem wartości klinicznej. Tu właśnie otwiera się dla kol. Bielawskiego wdzięczne pole badań laboratoryjnych.

Metoda Starlingera nie oznacza ulepszenia odczynu Biernackiego, raczej komplikuje sposób badania podany przez Biernackiego i może nawet badającego wprowadzić w błąd, o ile chodzi o oznaczenie wogóle czasu opadania krwinek.

Natomiast do stwierdzenia czasu, w jakim odbywają się poszczególne fazy opadania, metoda Starlingera jest pożyteczna. Atoli w tym przypadku mamy do czynienia z nowem zadaniem, które nie jest identyczne z zadaniem, które sobie stawił kol. Bielawski.

Odczyn Biernackiego występuje w gruźlicy. Kol. Bielawski demonstrował cały szereg przypadków katatonji z dodatnim odczynem Biernackiego. Wobec tego przy badaniu katatoników za pomocą odczynu Biernackiego należy przedtem upewnić się, że badany katatonik nie cierpi na gruźlicę.

Ażeby liczba błędów, które przy tego rodzaju badaniach są nieuniknione, tak absolutnie jak i relatywnie była jaknajmniejszą, zaleca się badać systematycznie, o ile możności, jak największą ilość przypadków chorobowych rozdzielonych na poszczególne grupy chorób psychicznych. Wtedy wynik badań będzie wyraźniejszy, pewniejszy.

Dr. de Beaurain podkreśla ważność zaznaczonej przez poprzedniego mówcę sprawy opracowania uprzedniego metody badań.

Ponieważ szybkość sedymentacji jest zależną od wielu napozór drobnych czynników technicznych oraz stanów fizjologicznych u osób badanych (wiek, płeć, menstruacja i t. p.) przeto należy oznaczyć granicę błędu spowodowanego powyższemi warunkami, zanim przystąpimy do wniosków ostatecznych.

Dr. Siemionkin. Warto w tym kierunku robić badania u wszystkich nowych chorych i to na początku i w końcu pobytu chorego w zakładzie. Również warto byłoby stopniowo zrobić badania na sedymentację u wszystkich dawniejszych chorych, uwzględniając oddzielne choroby.

Posiedzenie kliniczne lekarzy Zakładu w dniu 30. XI. 1923.

Przewodniczący p. Piotrowski.

P. Bielawski przedstawia podsądnego M., oskarżonego o podpalenie wozu ze słomą. W protokule policyjnym broni się oskarżony tem, że miewa napady epileptyczne i z powodu tego popada po spożyciu alkoholu w stany zamroczenia, w których nie zdaje sobie sprawy, co czyni. Na konferencji M. twierdzi, że wypił około godzinę przed zajściem 3 kieliszki wódki i jedno piwo, pamięta chwilę, jak wsiadł na wóz, potem całego czasu aż do przyszłego dnia godz. 4-tej, o której ocknął się w rewirze policyjnym, nie pamięta. Wypuszczony na wolność dostał w mieszkaniu napad kurczowy. Przebieg całego zajścia zna tylko z opowiadania świadków naocznych. Podsądny wspomina, że miał już raz w wojsku stan zamroczenia, w którym rozbroił odwach w koszarach, nie zdając sobie sprawy, co czyni. Fizycznie podpada słabo dodatni Romberg, Quinquand, hyperrefleksja, przyspieszenie tętna (120). P. Piotrowski osądza przypadek jako zupełnie jasny, chodzi bowiem o intolerancję alkoholową na podstawie epilepsji. Konferencja godzi się na rozpoznanie: zamroczenie epileptyczne wywołane alkoholem i uznaje przypadek ten jako podpadający pod pojęcie § 51. n. u. k. (chorobowe zaburzenie psychiczne z wykluczeniem wolnej woli).

Następnie p. de Beaurain streszcza dwa referaty z Annales Médico-Psychologiques roku bieżącego nr. 2 i 3 I. A propos d'une bouffée délirante a contenu symbolique, essai d'explication biologique et psychologique d'un délire par Mm. H. Claude, A. Borel et G. Robin.

E. P. lat 19, rozwijała się normalnie, wesoła, towarzyska, pilna pracowniczka, dobrze strzeżona przez matkę, zawarła znajomość z młodym L. Po wstępnej wymianie pocałunków i pieszczot L. zaproponował jej współżycie bez ślubu. E. z oburzeniem zerwała znajomość mimo silnego uczucia dla L. Bezpośrednio potem była zamyślona, nie jadła. W tydzień po zerwaniu stosunku miłosnego pacjentka w nocy wyskoczyła z łóżka, krzycząc, że matka ją suggeruje wzrokiem, więzi, stoi na straży przed jej kochankiem. Wyskoczywszy oknem uciekła do siostry. Nazajutrz sprowadzona z powrotem do matki uciekła powtórnie, poczem została internowaną w d. 29. 3. 23. Na oddziale zdezorjentowana, zatopiona w swoim świecie wewnętrznym, objawia omamy rozliczne. Matka i L. ją suggestjonują, jacyś panowie dają jej pieniądze, ażeby ją posiąść, ona znajduje się w domu publicznym wśród nierządnic, chcą ją otruć, w łóżku ją elektryzują, dotykają narządów płciowych, spłaszczają jej twarz przez ucisk lustrem, puszczają na nią parchy. Chora przybiera pozy manierowane, zanieczyszczała się przez kilka dni z rzędu, bo jej głosy tak kazały. Chwilami w chorej przebija samokrytyka: „Mam we krwi coś niezwykłego, uśpiono mnie i coś mi zadano, jestem warjatką“. Około 10. 6. 23. znaczna poprawa i szybkie wyzdrowienie z zachowaniem pamięci co do przeżyć w czasie psychozy.

Analizując przytoczony przypadek autorzy skłaniają się do rozpoznania psychozy funkcjonalnej i podają analizę psychologiczną rozwoju psychozy. Powstała ona na tle konfliktu między przymusem moralnym narzuconym przez społeczeństwo w osobie matki a rozburzonym popędem płciowym pacjentki. Pacjentka w rzeczywistości chwilowo zapanowała nad swoim popędem, ale ten niezwyciężony w swej istocie wkrótce zachwiał jej równowagę, powodując ciężkie zaburzenia psychiczne. Pacjentka szukała ucieczki w chorobie, w której seksualizm wystąpił z siłą żywiołową, znienawidziła matkę i rodzinę, ponieważ one stanowiły tamę hamującą popęd. Określając formułkę psychoanalityczną można chorobę pacjentki nazwać zwycięzkim atakiem stanów nieświadomych, skierowanych przeciwko świadomości pacjentki“.

II. Trois cas de démence précoce survenus chez des épileptiques après disparition de-

crises convulsives par L. Marchand et G. Thomas.

1. Pacjentka niezamężna, 39 lat, ciężko obarczona dziedzicznie: W pierwszym roku życia zawroty głowy, w 10-tym drgawki epileptyczne. Kilkakrotnie w ciągu miesiąca aż do 16 go roku życia, po tym okresie napady gniewu i rozpaczy, uczucia przeobrażenia cielesnego, urojenia prześladowcze i hypochondryczne. W 25 r. ż. spadek poziomu umysłowego odpowiadający dziecku 9 letniemu, echolalja, utrata wzruszeniowości, stereotypie ruchowe, śmiech bez powodu, napady gniewu. Wassermann negatywy. Po okresie lekkiego polepszenia, nastąpiło otępienie. Chora się zanieczyszcza. Narządy wewnętrzne bez zmian. Brak zaburzeń organicznych.

2. Pacjentka 50 lat, dziedzicznie obarczona. Zamęście w 30 r. ż., w 3 miesiące potem napady epileptyczne, nieregularne co miesiąc z przerwą podczas ciąży w 4 lata po ślubie. Pacj. nie roniła. W 41 r. ż. niezborność mowy, urojenia prześladowcze, omamy słuchowe, porywy gniewu spowodowały internowanie chorej. Napady epileptyczne coraz rzadsze stopniowo aż do 47 r. ż. Od kilku lat zaznaczyło się otępienie umysłowe, niezborność mowy, utrata wzruszeniowości, stereotypie ruchowe, śmiech bez powodu, podniecenie katatoniczne z niszczeniem przedmiotów, rozdzieraniem ubrania, agresja. Chora smaruje się kałem. Wassermann negatywny, lekka nierówność źrenic.

3. Dziedzicznie nieobarczona, w 13 r. ż. pląsawica. Zamąż w 22 r. ż., ma dwoje dzieci zdrowych. W 24 r. ż. pierwszy napad epileptyczny, potem częściej, nawet kilkakrotnie w ciągu dnia. W 26 r. ż. dziecię nieżywo urodzone, w 27 r. ż. czwarty poród również martwy. W 32 r. ż. napady epileptyczne ustały. W 33 r. ż. szybko wystąpiły objawy schizofrenji. Leczenie specyficzne bez skutku. Od 4 lat okresy naprzemienne osłupienia, mutyzmu, nieprzyjmowania pokarmów, to znów stany podniecenia z agresją. W stanach spokoju stwierdza się głębokie otępienie z urojeniami. Wassermann negatywny.

Powyższe 3 przypadki dały obraz schizofrenji po ustąpieniu napadów epileptycznych.

Przy pierwszym referacie podkreśla w dyskusji p. Bielawski, że autor pracy przesuwa nieco punkt ciężkości z genezy psychologicznej na podstawę biologiczną. Rozliczne cenestezie fizjologiczne (niektóre o wzmożonym nasileniu) są pod wpływem afektu interpretowane według logiki afektywnej. Tem się to zapatrywanie różni od Freuda. P. Piotrowski akcentuje znaczenie w nowoczesnej psychjatrji myślenia kategorjami biologicznemi. Nawiązując do drugiego referatu p. Piotrowski zwraca uwagę na to, że schizofrenja i epilepsja w zaburzeniach psychicznych niekiedy tak są mocno do siebie podobne, że trudno je rozróżnić; we wywiadach jednakże dowiadujemy się zwykle więcej o zaburzeniach psychicznych w schizofrenji, a więcej o napadach kurczowych w epilepsji, to znaczy, że w razie zachorzenia schizofrenijnego rodzina więcej akcentuje zaburzenia psychiczne a mniej napady drgawkowe, jeżeli wogóle takowe miały miejsce, natomiast w epilepsji w wywiadach pierwszą rolę odgrywają napady kurczowe; w schizofrenji pod względem klinicznym obserwuje się często zmiany stanu umysłowego, raz dziwaczne niedorzeczności, drugi raz prawie normalną umysłowość. W epilepsji natomiast z osłabieniem umysłowem przejawia się dość wyraźnie zwolnienie toku myślowego, ociężałość w myśleniu, niedołęstwo umysłowe, widoczny zanik sprawności intelektualnych stale równomiernie się objawiających bez powrotu ad integrum. Co do przypadku pierwszego w referacie drugim p. de Beauraina uderza, że chora okazywała zwolnienie przebiegu spraw psychicznych i postępujące otępienie. Szczegóły te przemawiają za epilepsją. W drugim przypadku napady padaczkowe wystąpiły w 30 r. ż., 3 miesiące po ślubie a 11 lat później pojawiła się psychoza z objawami schizofrenijnymi. Ponieważ pod względem cielesnym stwierdzono niezborność mowy, nierówność źrenic, a pod względem psychicznym postępujące otępienie należałoby w tym przypadku wziąć pod uwagę porażenie postępujące, które u kobiet przejawia się nieco odrębniej niż u mężczyzn. W trzecim przypadku napady padaczkowe wystąpiły dwa lata po zamążpójściu a 9 lat później pojawił się syndrom schizofrenijny z następującem głębokiem otępieniem. Chora rodziła dwa razy martwe płody. I w tym przypadku nasuwa się myśl podłoża kiłowego psychozy, mimo negatywnego Wassermanna.

Sekretarz Salkowski.

Miesięczne posiedzenie naukowe lekarskie ze współudziałem lekarzy z Gniezna jako gości w dn. 7. XII. 23.

Przewodniczący p. Piotrowski.

Na wstępie posiedzenia p. Piotrowski, wskazał na różne przesądy i uprzedzenia do psychjatrji i psychjatrów, które od dziesiątek lat za-

korzeniły się w opinji publicznej i które nawet spotyka się u lekarzy praktycznych. Takim przesądem jest mniemanie, że lekarz oddający się dłuższy czas służbie szpitalnej w zakładzie psychjatrycznem w końcu pod wpływem otoczenia codziennego ulega zachorzeniu psychicznemu. Mniemanie takie jest fatalnym błędem myślowym. Osoba ze zdrowym mózgiem i nie usposobiona do zachorzeń psychicznych nigdy nie zachoruje na psychozę (mianowicie na psychozę funkcjonalną) dla tego tylko, że przebywa z chorymi. Natomiast lekarz usposobiony do zachorzeń psychicznych może zachorować na psychozę, nie mając nigdy poprzednio styczności z zakładem psychjatrycznym. Taksamo lekarz może zachorować na psychozę zewnętrzpochodną (infekcyjną, intoksykacyjną) tak w zakładzie jak i poza zakładem psychjatrycznym. Jeżeli jeden z kolegów wymienił dwóch psychjatrów, którzy po długoletniej służbie w zawodzie psychjatrycznym w starości swojej okazywali pewne ujemne zmiany psychiczne, to jest to tylko przypadkowy zbieg okoliczności. Jak każdy śmiertelnik ma prawo do zniedołężnienia w starości swojej, tak i psychjatra, o ile jest do tego usposobiony, może w podeszłym wieku ulec ew. otępieniu starczemu.

Przesądnem jest także mniemanie rozpowszechnione w społeczeństwie, że osoba zdrowa, która pod fałszywą djagnozą choroby psychicznej (! ?) dostała się do zakładu psychjatrycznego, dopiero w tem nowem otoczeniu niezwykłem może ulec zachorzeniu psychicznemu. To mniemanie fałszywe koryguje się wywodami poprzedniemi. Należy zaakcentować fakt, że pacjenci lecznic psychjatrycznych zapadają na psychozę p o z a zakładem, nawet w otoczeniu dla zdrowia psychicznego jaknajodpowiedniejszem, i jako ciężko chorzy przychodzą do zakładu i tu odzyskują zdrowie.

Również błędem myślowem jest opinja, że kto zachoruje na psychozę i dostanie się do zakładu psychjatrycznego, jest straconym dla życia społecznego i na zawsze w zakładzie pozostać musi. Tymczasem rzeczywistość wykazuje, że w zakładzie pozostaje tylko mała ilość psychicznie chorych chroników, osób antyspołecznych, którzy ze względu na bezpieczeństwo publiczne muszą przebywać w opiece zakładowej. Cały szereg zachorzeń psychicznych jest uleczalny, wspomnieć tylko o fazach psychoz manjakalno-depresyjnych (uleczalność 90%), psychoz infekcyjnych, intoksykacyjnych i innych.

Następnie p. B i e l a w s k i przedstawił 1) podsądnego B., oskarżonego o dwukrotną zbrodnię rabunku z użyciem przemocy. Badany napadł kobietę, uderzył ją pięścią w pierś, zabrał tekę z zawartością, ukrył to niezwłocznie w życie, na drugi dzień około północy udał się w miejsce, gdzie przechował zrabowane rzeczy, dla zatarcia śladu rzucił tekę do rzeki, a zawartość jej zabrał do domu. W kilka dni później napadł z kolegą wracającego w nietrzeźwym stanie urzędnika, uderzeniem w głowę zwalił go na ziemię i zabrał mu zegarek. Badany opisuje dokładnie przebieg zajścia w protokule policji, przyznaje się do winy, lecz już przed sędzią śledczym broni się niepoczytalnością z powodu w dzieciństwie przebytej operacji ucha i nietrzeźwym stanem w dniu wypadku. W zakładzie zachowuje się w sposób następujący. Pacjent pilnie przygląda się napadowi kurczowemu jednego z epileptyków i obserwuje dokładnie zachowanie się innych chorych. Po pewnym czasie pacjent dostaje napadu, w którym wypada z łóżka, przewraca się na bok i na wznak, oddaje pod siebie stolec, a po chwili siada na łóżku i ogląda swoje palce; podczas napadu, żywo cofa nogę, gdy łechtano mu podeszwę. Wkrótce zachowanie się badanego zasadniczo się zmienia. B. chodzi szybkim krokiem po sali, robi rytmiczne ruchy ręką jakby chciał coś zgarnąć przed sobą. Ostrzeżony by nie udawał, B. wkrótce poczyna rozmawiać z lekarzem dorzecznie, podaje zwięźle na piśmie swój życiorys, w którym nacisk kładzie na przebytą chorobę w dzieciństwie i w wojsku a dotychczasowe dziwaczne zachowanie się swoje tłomaczy tem, że się boi, jak widzi dużo ludzi. Obserwacja w zakładzie tutejszym wykazała u pacjenta niedorozwój umysłowy lżejszego stopnia; prócz tego pacjent stara się udawać chorobę psychiczną. B. za czyn swój karalny jest odpowiedzialny.

P. B i e l a w s k i demonstruje następnie 2-go pacjenta T. obarczonego dziedzicznie usposobieniem psychopatycznem oraz melancholją. Wybuch choroby poprzedziły ciężkie przeżycia wzruszeniowe na tle erotycznem. Objawy chorobowe referent dzieli na trzy grupy:

I. Przygnębienie z samooskarżeniem, dążności do samouszkodzenia, do samobójstwa.

II. Zahamowanie w ruchach i myśli, stereotypowe pozy, mutacyzm, odmowa w przyjmowaniu pokarmu, zanieczyszczanie się.

III. Żywość reakcji afektywnej, suggestyjność, sukcesy psychoterapji, stan rozmarzenia, znamiona histeryczne i t. p.

Analiza psychopatologiczna wykazała, że wszystkie objawy, które pozornie mogły uchodzić za katatoniczne, mają swe psychologiczne uzasadnienie, są symbolami tendencij psychicznych pacjenta, których źródłem jest tragedja wzruszeniowa. Referent po dokładnej analizie przypadku przychodzi do wniosku, że osobnik o psychopatycznej konstytucji i usposobiony dziedzicznie do melancholji zapadł na chorobę o naturze psychopochodnej, której objawy przypominają zewnętrznie katatonję. Referent wyraża to w słowach: katatonoid psychorodny. (Praca in extenso wyjdzie w druku.)

W dyskusji w przedmiocie podsądnego B. p. Piotrowski podaje powody, dlaczego niekiedy powstają sprzeczności w opinjach znawców i tłomaczy to zjawisko, nawiązując do podsądnego, który jest debilem, na podstawie obrazów oligofrenji, gdzie w przypadkach jasnych, wybitnie nakreślonych sprzecznych opinij nie może być, natomiast w niektórych przypadkach stojących na granicy cięższego lub lżejszego upośledzenia umysłowego, może się pojawić różnica w kwantytatywnej ocenie upośledzenia psychicznego i odpowiedzialności prawnej, albowiem ani prawo, ani nauka nie wykreśliły granic widocznych między lżejszem i cięższem upośledzeniem psychicznem. Pacjent B. jest usposobiony do zachorzeń psychicznych, mianowicie do psychoz sytuacyjnych i nie jest wykluczonym przypadek, że B. pod wpływem przykrych przeżyć w położeniu dla niego nieprzyjemnem może popaść w ostrą psychozę. Ta ewentualność jednakże nie wyklucza poczytalności jego w chwili dokonania karalnego czynu, który go zaprowadził przed sąd i był powodem obserwacji psychjatrycznej.

W dyskusji nad pacjentem T. przedstawia p. Nowara swoje doświadczenia z chorym i akcentuje uległość jego i łatwą pobudliwość wzruszeniową. P. Piotrowski zaznacza, że uległość pacjenta nie należy identyfikować z automatyzmem nakazowym schizofreników. W dalszym ciągu w przedmiocie pacjenta T. podkreśla p. Piotrowski trudności w rozpoznawaniu różniczkowem w niektórych przypadkach psychjatrycznych. Trudności te jednakże można pokonać wtedy, jeżeli przejawy choroby psychicznej, demonstrowane przez pacjenta nie rejestruje się li tylko pod kątem widzenia klinicznego, ale podda się je równocześnie subtelnej analizie psychopatologicznej, która każdy objaw z osobna śledzi i stara się wytłomaczyć jego pochodzenie co do treści i ukształtowania uwzględniając przytem motywację objawów przez pacjenta samego. Na podstawie właśnie takiej analizy, która w Dziekance obowiązuje, p. Bielawski, który w swoim wyczerpującem, jasno i zrozumiale opracowanym referacie przekonał słuchaczów, że mimo zewnętrznego obrazu klinicznego katatonji, pacjent bynajmniej nie cierpi na katatonję ani na żadną schizofrenję, lecz na funkcjonalną psychozę reaktywną. Co się tyczy nazwy, którą p. Bielawski nadał postaci chorobowej, zaznacza p. Piotrowski, że termin katatonoid w pierwszej chwili wywołać może pewne nieporozumienie, przynajmniej u tych słuchaczów i czytelników, którzy studja swoje odbywali na uniwersytetach niemieckich, albowiem termin katatonoid implicite zawiera przynależność pacjenta do katatoników. Odczuwa to też sam autor, ponieważ dodaje tłomaczenie tego terminu w postaci przymiotnika psychopochodny. Uznając w zupełności stanowisko p. Bielawskiego w ocenie przypadku zademonstrowanego, zaleca p. Piotrowski nazwać postać tę chorobową: reakcją (odczynem) katatonoidalną u psychopaty i mniema, że nazwa ta określi dokładnie psychozę pacjenta T., nie sprzeciwiając się intencjom p. Bielawskiego. P. de-Beaurain zaznacza, że przypadek ten wybornie ilustruje płynność granic między psychiczną i fizyczną funkcją. Ten sam uraz, konflikt uczuciowy może w różnych przypadkach dać różne obrazy kliniczne, zależnie od reakcji indywidualnej danego osobnika. Badanie stanów nieświadomych pacjenta niezawodnie bliżej wyjaśniłyby symbolikę jego kompleksów, wszelako i w wyższych ramach zakreślonych, stanami świadomemi prelegent zdołał w misternej syntezie powiązać objawy i oświetlić stany psychiczne pacjenta. W szczególności bardzo trafną jest analiza kompleksu kłamstwa; pacjent spełnia dane polecenie tak opacznie, że właściwie go nie spełnia (np. na polecenie, ażeby usiadł, nie siada, ale kładzie się w pozycji siedzącej). Rokowanie w sensie restitutio ad integrum stawia p. de-Beaurain z zastrzeżeniem, uważa bowiem dany przypadek za „katatonoid“ t. j. przynależny do katatonji.

W odpowiedzi p. de-Beaurainowi p. Piotrowski wskazuje na analizę psychopatologiczną przeprowadzoną z pacjentem przez prelegenta, która dowodzi, że u pacj. T. niema ani jednego objawu rdzennie katato-

nicznego w myśl dotychczasowego pojęcia katatonji; przy powierzchownej obserwacji chorego tylko powłoka przypomina katatonję; po odsłonięciu tej powłoki widzimy chorobę rzeczywistą, t. j. reakcję, patologiczną psychopaty o charakterze czysto funkcjonalnym. Rokowanie co do przebiegu choroby jest pomyślne.

Na zakończenie p. Piotrowski referował o ligach profilaktyki i higjeny psychicznej, które powstały na zachodzie. Działalność ligi we Francji obfituje w najlepsze skutki. Z dwudziestu tysięcy żołnierzy, którzy przeszli przez centralę psychjatryczną w Val-de-Grace, założoną przez francuską ligę higjeny i profilaktyki umysłowej, piętnaście tysięcy wyleczonych powróciło do domu zdolnych do zarobkowania, to znaczy, że 75 % psychicznie ciężko upośledzonych osobników odzyskało zdrowie. W Ameryce liga higjeny i profilaktyki psychicznej istnieje od 10 lat i działa z najlepszemi skutkami. W r. 1926 odbędzie się w Washington międzynarodowy kongres ligi profilaktyki i higjeny psychicznej, na którą Polska już dostała zaproszenie. W Polsce Liga higjeny i profilaktyki psychicznej jeszcze nie istnieje. P. Piotrowski propaguje myśl założenia ligi.

Sekretarz Salkowski.

Streszczenia.

Weygandt: **Zur Malariabehandlung der Paralyse.** (Centralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1923 Oktober.)

Po dłuższym okresie rozczarowań do nagorączkowych zabiegów leczniczych stosowanych w porażeniu postępującem, pojawia się zachęcająca praca W. oparta na materjale około 300 przypadków obserwowanych w przeciągu blisko 4 lat.

Dzieli się pacjentów według osiągniętych wyników terapeutycznych na 5 grup (A, B. C, D, E). W pierwszą A. wchodzą ci, którym przywrócono całkowitą zdolność do pracy zawodowej — do drugiej grupy B. należą zdolni do pracy jednak wykonywujący ją z pewnemi wadliwościami, — C. oznacza grupę z pewnem tylko polepszeniem, — D. brak polepszenia, wreszcie E. — exitus. Leczenie dało następujące wyniki: A — 29,5 % do 38,2%; B.— 29,5 % — 12,3 %; C.— 13,7% — 16,5 % D. — 13,7% do 21,8 %, i E. — 13,7% do 11,2%. Wśród pacjentów, którzy powrócili do swej zawodowej pracy, byli urzędnicy, kupcy, lekarze i t. d. Z podanego zestawienia wynika, że w ogólności więcej niż połowa pacjentów powróciła do swego fachu. Usunięcie całkowite jednak wszystkich chorobowych objawów psychicznych somatycznych i serologicznych, nie zachodziło często. Z objawów somatycznych najbardziej bodaj opiera się usunięciu objaw nieruchomości źrenic. Stan płynu mózgordzeniowego polepsza się często. I tu się widzi pewną równoległość z ustępowaniem objawów psychicznych. Porażenia o przebiegu galopującym jako też w wieku dziecięcym i młodocianym mało się poddają leczeniu. Niekiedy polepszenie występuje względnie długo po przeprowadzonej kuracji. Nie przyniosło skutków leczenie wzmiankowaną metodą w przypadkach stwardnienia rozsianego i dementia praecox. Prócz kuracji zimnicą (tertiana) stosowano od przypadku do przypadku także salwarsan dordzeniowo i dożylnie, cutren, bismogenol i t. p.

W. Kierschbaum. **Methoden und Kautelen einer Malaria - Blutkonservierung und Versendung zur Behandlung der progressiven Paralyse. Nach Beobachtungen an Tertianaplasmodien in vitro und an Impfversuchen.** (Klin. Woch. 1923 nr. 30).

Praca laboratoryjna poświęcona badaniom zachowania się plasmodji zimnicy (tertiana) zależnie od pewnych wpływów fizycznych i chemicznych. Praca ma za cel wynalezienia warunków technicznych ułatwiających posługiwanie się plasmodją przy leczeniu porażenia postępującego.

L. Rivet. ref. **Démence précoce hébéphréno- catatonique post — encéphalitique — Prof. Euzière, Blouquier de Claret, Bonnet et Pagès.** (La. presse med. 1923 nr. 92).

Dziewczę, lat 22 przebyło w lutym 1921 r. stan podgorączkowy, połączony z przemijającą diplopją. Towarzyszyły mu, zwłaszcza po nocach, bredzenia o typie onirycznym (senno marzeniowym), niekiedy okresy stuporu. Trwało to ze 20 dni, poczem nastąpiło na pozór zupełne wyzdrowienie. Chora pozostała jednak zawsze drażliwą. W czerwcu 1922 — nowy przystęp choroby. Po jakichś dniach 20 — pogorszenie do tego stopnia, że się chorą oddało do szpitala. Zespół objawów chorobowych przypomina „dementia praecox", dominują tu: jaknajdalej posunięty negatywizm, wybitny stupor; dotkniętym jest także intelekt, a zwłaszcza życie afektywne. Związek tego stanu z poprzedzającą go El. wydaje się niewątpliwym.

Bielawski.

Czcionkami Drukarni Dziennika Poznańskiego.